

### Anexo N° 3 : Solicitud de Ofertas

Fecha<sup>1</sup>  Hora<sup>2</sup>  N° Solicitud<sup>3</sup>  Tipo de pensión<sup>4</sup>  AFP Origen<sup>5</sup>

**Datos del Consultante <sup>6</sup>**

Apellido Paterno .....Apellido Materno.....  
 Nombre.....RUT.....  
 Dirección.....  
 .....Teléfono.....e-mail.....

**Datos del Causante<sup>7</sup>**

Apellido Paterno .....Apellido Materno.....  
 Nombre.....RUT.....

**Datos del Participe<sup>8</sup>**

Identificación:.....  
 Rut: ..... Tipo: AFP  Compañía de Seguros   Asesor

**Datos del Agente, representante del Asesor (Legal o Apoderado), funcionario Administradora o Compañía<sup>9</sup>**

Identificación: .....  
 Rut: ..... Tipo: Agente de Ventas  Representante Asesor  Funcionario AFP o Cía.

**MODALIDADES DE PENSIÓN SOLICITADAS**

**Retiro Programado<sup>10</sup>**

**Renta Vitalicia Inmediata <sup>11</sup>**  
 Sin condiciones especiales de cobertura (Simple)  Con condiciones especiales de cobertura

- Meses Garantizados

- Cláusula aumento temporal pensión

Meses aumento temporal

% aumento temporal

- Cláusula Aumento % Supervivencia

**Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida<sup>12</sup>**

- Relación entre Renta Vitalicia Diferida (RVD) y Renta Temporal (RT) :

RVD = 100% RT (iguales)  RVD = 50% RT (RVD igual a la mitad de la RT)  RVD =  % RT

- Meses de diferimiento

- Sin condiciones especiales de cobertura (Simple)

- Con condiciones especiales de cobertura

- Meses Garantizados

- Cláusula Aumento % Supervivencia

**Renta Vitalicia Inmediata con Retiro Programado<sup>13</sup>**

- Saldo destinado a la Renta Vitalicia  UF

- Destino Bono de Reconocimiento R. Programado  Renta Vitalicia  Sin BR

Sin condiciones especiales de cobertura (Simple)  Con condiciones especiales de cobertura

- Meses Garantizados

- Cláusula aumento temporal pensión

Meses aumento temporal

% aumento temporal

- Cláusula Aumento % Supervivencia

**CONDICIONES ESPECIALES DE COBERTURA<sup>14</sup>**

<p><b>Cláusula periodo garantizado de pago:</b></p> <p>- Asegurados Garantizados RV:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Nombre</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Parentesco</u></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p><b>Cláusula aumento de porcentaje de pensión de supervivencia:</b></p> <p>- Beneficiario base Cláusula Aumento % RV:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Nombre</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Parentesco</u></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<input type="text"/>	<input type="text"/>																

**Retiro de Excedente de Libre Disposición<sup>15</sup>**

No  Si  Monto Máximo  Otro  UF

El resultado de este proceso (Certificado de Ofertas original) lo recibirá directamente en la dirección antes indicada, aproximadamente en unos ocho días hábiles. Si no lo recibe en ese plazo, podrá solicitar un duplicado en la AFP de origen. Además, podrá requerir una copia al partícipe con el que ingresó esta solicitud y en su AFP de Origen.

.....<sup>16</sup>  
 Nombre y firma consultante

.....<sup>17</sup>  
 Nombre y firma partícipe

**LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN SOBRE MODALIDADES DE PENSIÓN Y CLÁUSULAS ADICIONALES ADJUNTA A ESTE FORMULARIO**